

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Félix PAON

Né à Nantes, le 16 janvier 1876

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Licencié ès-sciences naturelles.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
TRÉPANATION DANS L'ÉPILEPSIE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

REMY et ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

393
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Félix PAON

Né à Nantes, le 16 janvier 1876

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Licencié ès-sciences naturelles.

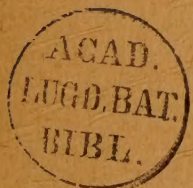
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
TRÉPANATION DANS L'ÉPILEPSIE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

REMY et ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS	MM.
Anatomic.....		FARABEUF
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomic pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		LANDOUZY
Hygiène.....		PROUST
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie..		N...
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale.....		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants.....		
Clinique de pathologie mentale et des mala-		JOFFROY
dies de l'encéphale.....		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER
		DUPLAY
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU
		TILLAUD
Clinique ophtalmologique.....		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..		GUYON
		BUDIN
Clinique d'accouchement.....		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEYANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON CHER MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien des Hôpitaux
Chirurgien en chef des Asiles publics d'aliénés de la Seine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOANNÈS CHATIN

Membre de l'Académie de médecine
Professeur à la Faculté des sciences

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELPEUCH

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD-MARCHANT

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR OULMONT

Externat 1897

A MONSIEUR LE DOCTEUR DANLOS

Externat 1898

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOSIAS

Externat 1899

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Externat 1899

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction

Les diverses thérapeutiques opposées à l'épilepsie, ont donné assez peu de satisfaction pour qu'on songeât de tout temps à lui en opposer une autre, moins empirique dans ses calculs, plus précise dans ses effets.

Que d'insuccès, en effet, avec les diverses méthodes employées, depuis l'administration de « poudre d'os faite avec le crâne d'un jeune homme mort de mort violente (1) » jusqu'au traitement actuel polybromuré intensif; celui-ci qui paraît être pour le moment le dernier mot de la thérapeutique médicamenteuse, n'est-il pas le plus souvent seulement palliatif, quelquefois intoléré, d'autres fois nuisible à la nutrition générale du sujet?

A cette médication uniquement symptomatique et érigée sur des faits d'observation lui paraissant favorables, il était plus satisfaisant pour l'esprit médical nouveau de substituer une thérapeutique étiologique, et même pathogénique, en un mot de remonter le cours des symptômes pour en tarir la source.

(1) Traité universel des drogues simples, Paris, Laurent d'Haury, MDCXCIX.

Mais l'épilepsie n'est en somme qu'un syndrome ; pourquoi existe-t-il, comment s'élabore-t-il, quel en est le substratum anatomique ou le trouble physiologique causal ? toutes questions irrésolues, tous problèmes encore pendant à l'heure actuelle.

A force d'hypothèses, l'épilepsie fut d'abord d'origine bulbaire ; puis Bravais, Jackson localisent dans l'écorce la cause d'une maladie spéciale, spasmodique dans ses manifestations, en un mot rappelant par beaucoup de côtés le « Syndrome épileptique ». Immédiatement la ressemblance des effets assimila les causes : la lésion épileptogène inconnue devint corticale : c'est à elle qu'il fallait s'adresser pour guérir le mal caduc, c'est contre elle qu'il fallait intervenir, et cette conception ne pouvait qu'engendrer des succès puisqu'elle constituait une thérapeutique étiologique.

Or la *trépanation*, renouvée sous le nom de craniectomie, ne venait-elle pas de franchir un grand pas, grâce à ces deux découvertes qui devaient, la première enfanter la chirurgie guérissante, la seconde révolutionner la chirurgie crânienne ; l'antisepsie et la délimitation territoriale des localisations cérébrales motrices, sensibles, et psychiques.

Malgré les nombreux éléments inconnus de la question, cette opération se proposa d'emblée aux neurologistes, comme elle s'était proposée aux médecins du moyen-âge qui trépanaient pour permettre « à l'esprit du mal » de s'enfuir du corps des malades atteints de « morbus sacer. »

C'est à la faveur des essais de trépanation dirigés contre l'idiotie, que le traitement chirurgical de l'épilepsie prit ainsi un nouvel essor. C'est en 1889, que M. le Professeur Lannelongue obtint le premier par la trépanation une amélioration considérable chez une petite fille âgée de quatre ans, qui était microcéphale ; à cette malformation, on attribua l'idiotie que la malade présentait ; pour la débarrasser de ses troubles, l'opérateur débrida la boîte trop étroite qui enserrait le cerveau ; le succès opératoire fut complet, les progrès de la malade furent très rapides.

C'est à M. le Docteur Guéniot (1) que revient l'honneur d'avoir eu « la conception d'une opération libératrice qui permettrait à l'encéphale de prendre, au moins en partie, son expansion naturelle » ; cette communication fut faite à l'Académie à propos d'un microcéphale dont les sutures et les fontanelles paraissaient oblitérées.

La presse politique répandit en le grossissant le succès de l'opération ; en France, en Angleterre, en Amérique, nombreux furent les trépanés, nombreuses furent aussi les victimes.

Mais la base de cette conception fut bientôt battue en brèche, et on montra (2) qu'idiotie et synostose prématurée des sutures étaient loin de marcher de pair.

La craniectomie (dénomination proposée à cette époque par M. le Professeur Lannelongue) reçut à nouveau

(1) Académie de Médecine, 5 nov. 1889.

(2) Thèse de Tacquet.

une autre impulsion ; on se proposait de lui faire atteindre un autre but ; on trépana, non plus les idiots, mais les microcéphales arriérés, jeunes sujets présentant, *avec ou sans crises épileptiformes*, des troubles moteurs ou psychiques.

Les succès opératoires furent généraux, et on nota quantité d'améliorations ; mais dès cette époque on voit Lannelongue s'inquiéter (1) de la nature des résultats définitifs, après s'être félicité des résultats immédiats. « Car, dit-il, s'il est encourageant de n'avoir à enregistrer, pour ainsi dire, que des succès opératoires, on ne doit pas oublier qu'on vise un tout autre but : Ce but, on peut le déterminer par cette formule : Faire rentrer dans la vie commune des sujets voués à l'existence la plus misérable, tant au point de vue intellectuel et moral, qu'au point de vue physique. » L'auteur concluait cependant, que le plus grand nombre est amélioré.

Puis, plus tard, les cas s'amoncelant, on remarqua que des divers opérés, ceux qui présentaient avant l'opération des *crises épileptiques*, bénéficiaient, de la façon la plus appréciable de l'intervention ; les accès diminuaient d'intensité, de nombre, et même disparaissaient quelquefois, autant qu'on pouvait l'assurer, vue la difficulté de suivre ces malades pendant longtemps.

Quoique la trépanation eût donné auparavant bien des mécomptes, en tant que dirigée contre l'épilepsie jackson-

(1) Nouv. Icon. de la Salpêtrière, 1891, IV.

nienne, on s'enthousiasma rapidement, et on vit les Allemands, restés jusqu'alors réfractaires, s'enhardirent des pseudo-succès de leur pratique, et fournirent des statistiques surprenantes, telles que celle qui montre qu'il y a 60 à 70 o/o de guérisons ; ajoutons de suite que MM. Graf et Braun ont justement réduit ce chiffre à 4 o/o ; on trouve encore dans des statistiques des plus récentes, des faits publiés huit jours après l'intervention, et considérés et cotés partout comme des succès. « Ce n'est, vraiment, ni scientifique, ni sérieux », dit M. le docteur Miraillié (1).

C'est que, en effet, les succès opératoires et les succès immédiats, précoces pourrait-on dire, sont très fréquents dans ce genre d'intervention, et, devant l'amélioration notable du sujet, les opérateurs se sont souvent félicités d'avoir obtenu une guérison, qui ne devait être malheureusement que temporaire.

Mais la longueur parfois très grande de la rémission postopératoire d'une part, et d'autre part la difficulté de suivre ce genre de malades, expliquent cet enthousiasme et la faveur que les thérapeutes ont donné à la chirurgie crânienne dirigée contre l'épilepsie.

Sur le conseil de notre cher Maître, M. le Dr Picqué, qui nous a prodigué avec la plus grande bienveillance, ses excellents avis, et que nous sommes heureux de remercier ici de l'enseignement qu'il nous a donné au cours de notre

(1) Gazette médicale de Nantes, 21 mai 1898.

externat, et aussi du dévouement qu'il nous a tant montré au cours de circonstances pénibles et récentes, — nous avons recueilli dans les Asiles d'aliénés de la Seine et réuni dans cette thèse, quelques observations *d'épileptiques trépanés depuis de nombreuses années* ; de plus, nous avons observé ces différents malades pendant longtemps, puisque nous connaissons la plupart d'entre eux depuis le mois de mai 1899 : c'est là un côté original de notre thèse qui nous permet de bien apprécier les résultats définitifs.

Ce sont ces *résultats éloignés* que nous chercherons à mettre en relief dans ce court travail ; loin de nous la prétention de discréditer une opération souvent palliative et que les malades réclament quelquefois ; mais nous croyons réduire à juste titre l'espérance que l'on fondait sur elle. C'est, en effet, dans les Asiles d'aliénés de la Seine, et en particulier dans le service de Monsieur le docteur Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, que nous remercions vivement de l'amabilité avec laquelle il nous a ouvert son service, que nous avons recueilli nos observations ; il y a là, pour le médecin, un champ d'observations unique, mais dont les faveurs devaient aussi aller au chirurgien, grâce aux efforts et à l'heureux succès de M. le Docteur Picqué ; notre excellent Maître a créé dans les Asiles, un service chirurgical des plus remarquables ; de plus, il fait construire à l'Asile clinique Sainte-Anne, un pavillon modèle où sont groupés tous les perfectionnements modernes, dont l'ensemble vaut à la chirurgie de si brillants résultats ; l'inauguration de ce Pavil-

lon aura lieu au mois d'août 1900 : nous sommes heureux de nous joindre à tous pour applaudir à cette innovation.

Deux idées primordiales ont guidé notre Maître dans son projet ; d'abord mettre à la portée de ces malheureux aliénés les bienfaits de la chirurgie, de façon à pouvoir d'une part les soulager de quelque souffrance ou de quelque trouble grave, et d'autre part (et surtout) espérer pallier à leur état mental — les résultats viendront bientôt — par l'opération qui s'impose à l'affection chirurgicale qu'ils présentent quelquefois ; de plus, le chirurgien des asiles peut seul apprécier d'une façon vraie, certaine et définitive, les résultats de son opération, puisque seul il peut suivre des malades hospitalisés pendant des années ; à l'hôpital, on ne voit que des résultats opératoires, et on a tendance à s'illusionner sur les résultats définitifs.

C'est avec intention que nous ne parlerons pas des différentes théories pathogéniques qui ont cherché à expliquer le bon effet immédiat, postopératoire, que l'on observe généralement ; nous ne voulons faire aucune incursion dans ce domaine — qui nous est du reste peu familier — à seule fin de rester topique, espérant seulement apporter notre contribution au jugement que l'on doit se faire en pareille matière : aucun mot non plus, sur les différentes considérations qui ont soulevé bien des discussions à l'Académie de Médecine, à la Société de chirurgie, et aussi à l'étranger ; la discussion est encore ouverte, nous n'y prendrons pas part, nous contentant d'exposer tout simplement l'histoire de plusieurs épileptiques, *trépanés depuis long-*

temps, en insistant sur les résultants observés ; après l'exposé de ces huit observations, dont six personnelles et inédites, il ne nous restera qu'à conclure.

Ce faisant, nous aurons la satisfaction de répondre à l'appel lancé par M. le D^r Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre, heureux que nous sommes de venir grossir le nombre des cas qui l'intéressent tout particulièrement.

Que M. le Professeur Berger, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, reçoive l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.



Exposé des Observations

OBSERVATION I

G... 36 ans, né à Nantes.

Antécédents héréditaires. — Père mort en 1876 de rhumatisme goutteux ; il était très nerveux et émotif. Mère âgée de 72 ans, n'a jamais perdu connaissance, mais elle est très sujette aux migraines.

Notons que les parents n'étaient pas consanguins, père plus âgé de 4 ans : il faut écarter l'idée d'ivresse au moment de la conception. Aucun renseignement au sujet des grands parents. Un frère jumeau se porte très bien, mais urinait au lit à un âge avancé : un autre frère et une sœur sont de bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. — Né jumeau, élevé au biberon. Au collège on remarqua sa mémoire et son intelligence ; après cinq ans de service militaire, il exerce le métier de couvreur, et tombe du haut d'un clocher ; dans sa chute il se fait une fracture du frontal gauche ; il ne reprend connaissance que quinze jours après le trauma ; il jouit alors de la plénitude de ses facultés mentales, mais est atteint de troubles visuels graves qui sont restés stationnaires jusqu'à maintenant.

Infirmier pendant neuf mois, se marie en 1888, et pendant les années qui suivent, fait quelques excès alcooliques.

En 1892, il se précipite pour relever un camarade qui venait de faire une chute du haut d'un toit, et frappé d'épouvante en constatant la mort de son ami, il tombe et fait sa première attaque de grand mal épileptique. A partir de ce moment il a un accès sept à huit fois par mois, et a de très nombreux vertiges qui revêtent dès le début, tous les caractères de ceux qu'il a actuellement ; son travail (marchand de bois et charbon) lui devient impossible, et il rentre à l'hospice Saint-Jacques de Nantes en 1895 ; les accès sont très violents, et ont la même fréquence.

Il y a deux ans, *trépanation* faite au niveau de la frontale ascendante gauche ; en même temps l'ancien foyer de fracture est ouvert par quatre couronnes de trépan ; la face interne du segment osseux enlevé présente une forte saillie : les méninges sont normales et déprimées, pas de collection enkystée (fin juin 1898), suites opératoires des plus simples.

On note l'absence de manifestations épileptiques durant les cinq mois suivants, *rémission* qui ne fut troublée que par quelques rares vertiges. Mais sans cause appréciable, il est pris le 1^{er} décembre de la même année, d'un violent accès qui éclate pendant son dîner ; de nouveau tranquille pendant un mois, il retombe le 2 janvier 1899 et se blesse à la face.

Réinterné à Saint-Jacques, il présente deux à trois ictus par mois, et quitte l'asile au mois de septembre suivant pour venir à Paris chez sa sœur ; il a pendant la nuit qu'il passe chez celle-ci, cinq accès qui le précipitent à chaque fois en bas de son lit.

Il entre à l'asile de Ville-Evrard le vingt septembre, et depuis un mois et demi notre malade a eu trois grands accès spasmodiques nocturnes, ainsi que de nombreux équivalents vertigineux.

Enfin notre malade n'a jamais eu d'affections vénériennes — pas d'infection grave dans son jeune âge ; il été soumis au traitement bromuré intensif qu'il accuse de lui avoir fait perdre la mémoire : ce traitement a été supprimé à Ville-Evrard.

Notre Malade a quitté l'asile au mois de décembre pour retourner à Nantes : Nous l'y avons perdu de vue.

Etat Actuel (8 nov. 99). Aspect robuste. bon état général ; intelligent, notre malade présente, d'une façon intermittente, quelques troubles mentaux, idées de suicide après les grands accès, somnambulisme au cours duquel il accomplit des actes inconscients ; il n'est pas exempt non plus de quelques troubles sensitivo-sensoriels, car il présente une anesthésie totale droite, limitée à peu près exactement par le plan sagittal ; cette anesthésie se manifeste également pour toutes les sensibilités, le sens musculaire est aussi touché : l'ouïe, l'odorat, le goût sont très diminués à droite, normaux à gauche ; les pupilles sont égales, ne réagissent pas à l'accommodation ; la droite seule se contracte sous l'influence lumineuse : la cécité est complète à gauche, et l'œil droit présente une hémianopsie gauche ; l'examen ophtalmoscopique pratiqué par Monsieur le Dr Jocs nous a montré que la papille droite était normale, mais que la gauche est atteinte d'atrophie blanche avec intégrité des vaisseaux. Le malade présente de plus un ozène intermittent dû probablement à la présence d'un séquestre situé dans l'ancien foyer de fracture ; il s'écoule à intervalles à peu près réguliers (tous les deux à trois jours) par la narine droite, quelquefois par les deux à la fois, la valeur d'une cuillerée à café d'un liquide épais, jaune, purulent, excessivement fétide (nous croyons qu'il y a là, en dehors de toute considération sur le traitement de l'épilepsie, matière à intervention) ;

L'épilepsie se manifeste par de grandes attaques, nocturnes le

plus souvent : il est alors jeté brutalement en bas de son lit ; le jour, il tombe toujours la face contre terre, en poussant un cri ; il se mord la langue, écume abondamment, mais n'a jamais perdu ni urines, ni matières ; la phase clonique est constamment très violente et prolongée ; il revient à lui, très abattu, avec des idées de suicide : il n'est pas impulsif, ni maniaque. Aucune aura, ni prodrome ; le malade est jeté brusquement à terre, en quelque endroit qu'il soit (il a tombé une fois dans les cabinets d'aisance et s'est alors blessé grièvement à la cuisse) ; aucun souvenir de ce qui s'est passé durant la crise.

Dans l'intervalle des grands accès, on observe fréquemment des vertiges tous semblables entre eux ; les yeux fixent un point quelconque, le malade voit un homme qui tombe et qui se tue ; il bondit pour le secourir, et revient alors conscient, surpris de se trouver dans une telle posture ; le tout dure l'espace d'un « éclair » ; cette hallucination est souvent occasionnée par la vue d'un enterrement, et il est à remarquer que le malade peut l'éviter s'il parvient à fuir assez tôt. L'insomnie est habituelle.

L'examen physique ne nous a révélé aucune anomalie, ni reliquat pathologique ; on constate sur l'hémicrâne gauche, la présence de deux dépressions, grande chacune comme une pièce de cinq francs, au niveau desquelles on voit des soulèvements synchrones à la systole cardiaque ; leur surface est souple et entièrement fibreuse ; l'os qui les limite forme un bourrelet saillant, circulaire, irrégulier ; elles siègent, l'une au niveau de l'ancien foyer de fracture, l'autre, complètement séparée de la première par un solide pont osseux, au niveau de la région rolandique supérieure.

En résumé, cette observation nous montre nettement

la rémission qui suit l'intervention opératoire. Elle a été ici d'assez longue durée, mais l'état consécutif est loin d'être satisfaisant ; la trépanation n'a donné aucun bien durable ; nous regrettons de n'avoir pas pu préciser davantage cette conclusion, vu le peu de temps pendant lequel le malade est resté interné à Ville-Evrard.

OBSERVATION II

F..., 46 ans, photographe, né à Lyon.

Antécédents héréditaires. — Père se porte très bien, et est également photographe.

Mère morte d'affection inconnue ; nous n'avons pu recueillir aucun renseignement, deux sœurs et leurs enfants se portent très bien ; l'une d'elle est très névropathique.

Un frère utérin est mort de maladie qui nous est restée inconnue ; il n'avait aucune affection nerveuse.

Rien de particulier sur les antécédents ; on ne relève pas d'alcoolisme chez les ascendants.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein d'une nourrice ; il aurait parlé de très bonne heure, mais a continué à uriner au lit jusqu'à un âge très avancé, 18 ans paraît-il ; du reste ses frères et sœurs ont présenté la même particularité jusqu'à l'âge de 15 ans.

Encore jeune, notre malade aimait la solitude, et pendant longtemps il voulut se faire ermite : il eut, à 12 ans, une scarlatine grave ; trois mois après celle-ci, il fait une chute sur le front (on

constate aujourd'hui la cicatrice de la blessure) et quelques temps après il est pris de vertiges avec perte complète de connaissance ; c'est seulement à 14 ans qu'il a son premier accès de mal épileptique ; cet accès ne se renouvellera dans la suite que de loin en loin, à peu près 1 fois par an ; mais notons que les mictions involontaires nocturnes étaient peut-être en rapport avec des crises ignorées. L'enfant était, dans sa famille, très poussé vers l'étude ; n'ayant aucune mémoire, mais étant très docile, il se surmenait pour éviter les corrections paternelles ; son intelligence « s'endormait. » Il fait cinq ans de service militaire, et remarque son peu d'appétit génésique. A 28 ans, il rentre à l'octroi de Paris d'où il est congédié 2 ans après pour sa maladie nerveuse : il lui est arrivé de tomber de voiture pendant qu'il l'inspectait ; à cette époque en effet, les vertiges sont très fréquents et s'accompagnent de perte de connaissance ; il se remet au bromure, traitement qu'il avait suivi régulièrement de 4 à 18 ans.

Il redevient photographe, supporte mal les produits chimiques ; les absences reviennent nombreuses, puis les vertiges, et enfin les grandes attaques sont très violentes, plus fréquentes (5 à 6 par an) et laissent le malade dans un complet abattement.

Le médecin de sa famille lui conseille une opération ; *trépanation* à Saint-Louis en février 1889 ; une couronne de trépan est portée à gauche sur la région rolandique supérieure, guérison de la plaie opératoire sans incident.

Cette intervention apporte au malade un grand soulagement : *durant huit mois*, il n'a plus d'attaque, ni absence, ni vertige, en un mot aucune manifestation épileptique ; « on le croyait guéri » ; employé dans une grande maison de photographies, où il fait un travail véritablement artistique. Puis, il s'aperçoit qu'il perd la mémoire, il commet des actes extravagants, dont il ne se rappelle

plus immédiatement après : il jette un album par la fenêtre, il menace son propriétaire. Ses vertiges avec perte de connaissance deviennent très fréquents (2 par semaine), pas de grands accès ; cet état demeure stationnaire, et incapable de trouver à gagner sa vie, il est interné à Ville-Evrard, le 12 sept. 1898 ; à la fin de la même année, apparition d'un tic nerveux, consistant en un clignement de l'œil gauche accompagné d'une déviation en même sens de la commissure labiale et de la joue correspondantes : ce tic est constant, et ne subit aucune modification à l'approche d'une grande crise.

Etat actuel. — Notre malade a un aspect de vigueur et de bonne santé ; l'examen des différents organes ne nous a révélé rien de particulier.

Le sensorium est net, le désir génésique nul. Travailleur, de bonne entente, il est facilement dissimulateur ; il perd, depuis peu, la mémoire des faits récents, et surtout des mots techniques de son métier ; enfin, il a de temps en temps des idées de suicide, le plus souvent après ses crises. Celles-ci, de fréquence relativement grande puisque, en 1899, le malade en a eu huit, sont très violentes ; pas d'aura, pas de cri initial : la chute est soudaine, brutale, la phase clonique très prolongée, le stertor très accusé ; le malade écume abondamment, perd ses urines, jamais les matières ; la crise finie, il revient à lui, harrassé, n'en pouvant plus, et reste alité deux jours ; l'amnésie est complète.

Les vertiges sont très nombreux, (en moyenne quatre par jour), passagers, de courte durée : le malade ne s'affaisse pas : ces vertiges se multiplient à l'approche des grands accès. Enfin, chaque attaque est suivie d'une phase de rémission, qui dure de quinze jours à trois semaines ; repos, sensation de bien-être, reminiscence

intellectuelle, qui lui permet de se livrer à des travaux photographiques très artistiques.

Résumons-nous : épileptique modéré, *trépané il y a onze ans* ; bon effet immédiat de l'opération, *pseudo-guérison* d'une durée de huit mois tant la rémission fut complète ; enfin *état actuel sérieux*, épilepsie inquiétante par la violence des grands accès, par l'extrême fréquence des vertiges.

OBSERVATION III

T.... 35 ans, polisseur en tabletterie.

(La première partie de cette observation a été publiée par M. Dide, interne des Asiles de la Seine, à propos de la valeur étiologique de la dothiéntérie dans l'épilepsie).

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant, la mère est morte tuberculeuse en 1869 ; dix enfants sont morts en bas-âge ; il reste encore un frère de quarante-deux ans très bien portant, ainsi qu'une sœur de trente-quatre ans.

Les générateurs ne sont pas consanguins ; aucune affection nerveuse chez les ascendants.

Le père ne fait pas d'excès alcooliques, pas d'ivresse au moment de la conception ; grossesse et accouchement normaux.

Antécédents personnels. — Elevé au sein maternel ; les dents percent facilement et sans retard ; marche précoce ; à dix-

sept ans, il prend une fièvre typhoïde d'une gravité exceptionnelle il reste alité durant sept mois, fait des escharres sacrées. Après une longue convalescence, il est pris, l'année suivante, de secousses généralisées plusieurs fois par jour ; chacune d'elle dure un instant, s'accompagne de chute, et laisse après elle une céphalée intense. Quatre mois après, sans cause appréciable, il fait sa première grande attaque de mal caduc. Dans la suite, ces crises se répètent mensuellement ; dans leur intervalle, secousses généralisées analogues en tout point à celles qu'il présentait avant la première crise, soubresauts constituant un genre particulier de manifestations décrit sous le nom de « petit mal moteur » (Vide).

En 1885, il entre à Bicêtre où il est soumis au traitement bromuré intensif : le malade en ressent un bon effet, mais cependant les crises et les vertiges sont aussi nombreux.

En 1887, il quitte l'hospice car il veut se faire trépaner ; la *trépanation* est pratiquée à Saint-Louis, la couronne portée au niveau des zones corticales motrices gauches. Les suites opératoires sont satisfaisantes.

Mais 3 semaines seulement après l'intervention, il renouvelle une crise violente ; l'épilepsie reprend alors son cours « comme si de rien n'était » : grands accès mensuels, secousses nombreuses vertiges fréquents ; l'état morbide reste stationnaire. Vers 1897 exagération progressive des symptômes : les crises comitiales arrivent à intervalles de plus en plus rapprochés, et en quelques mois elles sont devenues hebdomadaires.

Incapable de continuer son métier, il entre à Ville-Evrard le 6 septembre 1897.

Quelques temps après son entrée, il a, pendant quatre jours, des crises subintrantes qui déterminent un véritable état de mal ; depuis chutes tous les 2 à 3 jours.

Etat actuel. — L'état général est excellent, ainsi que l'état mental ; intelligence vive. perte sensible de la mémoire.

Quant à l'épilepsie, elle s'est très aggravée durant ces deux dernières années : les crises se renouvellent deux à trois fois par semaine, et se déroulent classiquement ; absence d'aura ; ses chutes lui valent de fréquentes blessures tant son ictus est brusque, et à maintes reprises il s'est brisé les dents, le nez, les arcades sourcilières.

Le petit mal moteur se manifeste par deux ordres de troubles ; en marche, par des soubresauts tendineux qui le font quelquefois perdre l'équilibre : mais il sent toujours où il va, il se rend compte de la direction de sa chute ; au repos, par un ensemble de contractions passagères, secousses toniques des bras, raideur des jambes, redressement du tronc, hypéréxtension de la tête, abaissement spasmodique des paupières supérieures ; aucune perte de connaissance ; ces troubles sont subintrants quelques temps avant la crise, de sorte que le malade peut en quelque sorte s'attendre à celle-ci.

La région pariétale gauche présente la trace de la trépanation : c'est une dépression des téguments présentant des soulèvements systoliques, la surface en est souple, le pourtour osseux et arrondi en bourrelet ; la pression qu'on peut y exercer ne détermine aucune douleur.

Résumé. — Epileptique trépané il y a *treize ans* ; aucune amélioration, même passagère ; nous retrouvons le malade très sensiblement aggravé.

OBSERVATION IV

Bour..., 45 ans, mécanicien, né à Granville.

Antécédents. — Père, marin, n'aurait jamais été alcoolique.

Mort d'une maladie pulmonaire qui l'a emporté en 2 mois.

Mère, 71 ans, se porte très bien, a toujours été d'un tempérament très calme ; ne souffre d'aucune affection et jouit encore d'une excellente santé.

Pas de consanguinité entre les parents. Mari plus âgé d'un an que sa femme.

Grands parents paternels et maternels très peu connus ; n'auraient rien eu de particulier ; aucun n'a été dans une asile ou dans un hôpital.

Deux enfants dont :

a) Une sœur se porte très bien ; n'est pas nerveuse, peu émotive et d'humeur égale ; elle est mariée et n'a pas d'enfant.

b) *Notre malade.* — Né à terme, élevé au sein de la mère. —

Marche de bonne heure, vers 13 mois. — Pas de convulsions.

Il souillait encore son lit vers l'âge de 9 ou 10 ans.

A 7 ans, chute du haut d'une falaise.

Le malade raconte qu'il cueillait des fleurs avec quelques camarades ; il n'a pas eu de vertige, ni aucun trouble cérébral ou psychique : il a su par la suite, mais d'une façon très peu précise qu'il avait mis le pied dans une crevasse.

Il resta trois jours, paraît-il, sans connaissance, et guérit, sans aucune espèce d'intervention, en quelques mois de sa blessure : il portait à ce moment une saillie osseuse peu volumineuse

sur la crête frontale latérale droite, sail ie qui augmenta beaucoup de volume par la suite.

Il fut complètement guéri, et nous n'avons pu relever dans le cours de son adolescence, aucun trouble en rapport avec une lésion de la région traumatisée ; il fut à l'école très bon élève, doux et studieux. Puberté à 15 ans. Service militaire de 5 ans dans la marine, il contracte en 1878 la syphilis, caractérisée par un chancre et la roséole. Après sa libération, il arrive à Paris et rentre à 25 ans à la Compagnie de l'Est comme mécanicien de locomotive ; très bon ouvrier.

A 28 ans (1882) se marie, et 15 jours après il est pris subitement à 9 heures du soir, alors qu'il dormait dans son lit et sans qu'il se soit livré à aucune espèce d'excès, d'une attaque d'épilepsie ; le malade n'a conservé en propre aucun souvenir de ce qui s'est passé, mais il se souvient très bien de ce qu'on lui raconta après sa crise : cri initial, impossibilité de savoir s'il y a eu aura ou non, mouvements convulsifs toniques et cloniques, morsures de la langue, mixtion involontaire. A la suite de cette crise, il reste alité un jour tant il est fatigué.

A partir de ce moment, les crises, en tout semblables à la première, se renouvellent tous les deux à trois mois ; elles sont presque toutes nocturnes, quelques rares fois, elles ont lieu le jour.

De plus et de loin en loin (à peu près tous les mois, mais d'une façon très irrégulière), le malade a des vertiges très légers, très fugaces, qui ne sont jamais précédés ou accompagnés d'hallucinations ou de phobies.

Dans l'intervalle de ces manifestations épileptiques, il se porte très bien à tous points de vue il garde une intelligence vive et une grande mémoire.

Mais la Compagnie des chemins de fer s'inquiète de l'état de

son employé, et le médecin l'envoie consulter à Lariboisière M. le docteur Perrault (1883), qui décide une intervention.

Une *couronne de trépan* est portée immédiatement en arrière de la crête latérale droite du frontal ; l'exérèse osseuse est faite, et les téguments suturés se réunissent par première intention. Aucune complication, pas de suppuration.

Exactement huit jours après l'opération, notre malade a une crise en tout point semblable aux précédentes ; depuis cette époque, elles se renouvellent une fois par semaine (à très peu près). Les vertiges restent aussi bénins et aussi espacés. Il ne s'est pas surajouté d'autres manifestations.

Il a été interné, sur sa demande, à l'asile de Ville-Evrard, en septembre 1895, et placé dans le service de M. Marandon de Montyel, qui supprime la médication bromurée suivie jusqu'à ce jour.

Etat actuel. — Homme très vigoureux, de très bonne mine, air et facies sympathiques. Peu d'appétit sexuel.

Il ne présente aucun tic ; lenteur de la parole, sans hésitation ni bégaiement ; mais très grande diminution de la mémoire. Sensibilité normale, ainsi que les impressions sensorielles. Réflexes pharyngien, patellaire, plantaire, normaux ; le réflexe crémasterien particulièrement développé. Organes génitaux bien développés.

Examen de la brèche osseuse. — A l'extrémité antérieure de la fosse temporale droite, dépression circulaire, large de 3 cent., souple, au niveau de laquelle la peau est soulevée faiblement par des battements synchrones au pouls ; les cheveux, plantés normalement, la recouvrent complètement. Les bords qui la limitent sont surélevés en avant et en arrière :

En avant, par la saillie très grande de la crête frontale latérale ;

En arrière, par un bourrelet osseux développé depuis l'opération.

Enfin les crises présentent toujours les mêmes caractères, et sont toutes semblables entre elles. Le malade tombe subitement et brusquement en poussant un cri. Jamais d'aura. Fatigue très grande après la crise.

Résumé. — Dix-sept ans après la trépanation, nous en apprécions les résultats ; nous voyons que notre sujet, vivant en somme en bonne intelligence avec son épilepsie, est devenu brusquement beaucoup plus malade, la trépanation ayant paru, dans ce cas, donner un véritable « coup de fouet » à la névrose.

OBSERVATION V

Léobon G..., 39 ans, couvreur.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a 3 ans, à 55 ans d'une affection rénale (?) ; il n'était pas alcoolique. Mère morte, il y a 30 ans, foudroyée.

Les générateurs n'étaient pas consanguins, père aîné de 8 ans, conception en dehors de toute ivresse alcoolique.

On ne peut avoir de renseignements sur les grands-parents ainsi que sur les ascendants collatéraux.

Douze enfants, frères et sœurs, dont sept enfants encore vivants ; cinq sont morts, tous entre quatre et cinq ans : les naissances des décédés se suivaient dans un ordre quelconque, en s'in-

tercallant à celles des enfants qui ont survécu ; ceux-ci se portent du reste tous très bien.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au biberon ; il aurait été très précoce dans la marche et la parole. Il n'a pris aucune affection sérieuse dans son jeune âge.

En 1879, la corde qui retenait l'échafaudage sur lequel il était monté, casse, et il tombe de la hauteur de six étages ; fractures multiples : voûte et base du crâne ; fracture du bassin. Méningo-encéphalite ; le malade ne recouvre la plénitude de ses facultés que six mois après. Il sort guéri de l'hôpital, après neuf mois de séjour ; sur le conseil de Péan, il quitte son métier qui ne lui permet pas d'avoir impunément des vertiges ; il est successivement livreur, puis porteur aux Halles ; durant quatre ans, il fait des excès de boisson qui lui valent de douloureuses gastralgies, pyrosis, pituites : aucun trouble mental.

Une nuit, dans la rue, il tombe brusquement sans pousser un cri ; mais il se mord la langue et la face interne des joues, urine dans son pantalon, et revient à lui un quart d'heure après sa chute. Cette crise se renouvelle dans la suite à de longs intervalles ; pas d'autres troubles.

Le malade finit par s'inquiéter de son état, il consulte et rentre à l'hôpital Necker ; c'est alors que les grands accès se multiplient, fréquents, violents, déterminant un état spasmodique inquiétant ; la *trépanation* est décidée (1893) : suites opératoires heureuses.

Mais exactement *quinze jours* après l'opération, le malade fait dans son lit une crise extrêmement violente : une autre en tout point semblable éclate au bout de trois semaines d'absolue tranquillité ; à ces accès, qui se renouvelleront dorénavant à peu près à même intervalle, se surajoutent quelques vertiges très légers,

consistant seulement en obnubilations visuelles. Après une courte convalescence à Vincennes, notre malade entre à la Salpêtrière dans le service de M. le Professeur Raymond, chez lequel il reste neuf mois ; il y subit un traitement bromuré intensif, un traitement hydrothérapique qui ne diminuent pas la fréquence de ses crises. Il entre à l'Asile de Ville-Evrard en 1895, dans le service du Docteur Marandon, qui supprime le bromure.

Etat actuel. — Depuis un an, l'état de notre malade s'est notablement amélioré ; son dernier grand accès date de huit mois, et les vertiges sont relativement rares ; ces vertiges sont annoncés par une anra particulière : le malade ressent d'abord une odeur nauséabonde (aura olfactive), puis « il entend des sons de cloches dans les deux oreilles ; il grince des dents, lève le bras droit et part en faisant plusieurs pas de côté, de préférence à gauche ; il s'assied et revient à lui » (thèse de Weill).

Son état général est bon, aucun trouble mental. Il porte sur le sommet de la tête une saillie osseuse, linéaire, transversale, médiane et symétrique, peu appréciable, et qui est l'indice de l'ancienne fracture. A gauche, on trouve une dépression souple, soulevée rythmiquement, fibreuse ; c'est l'aire trépanée.

Résumé. — Epileptique qui n'a aucunement bénéficié de la trépanation, au contraire : d'abord aucune rémission post-opératoire, puis exagération notable des symptômes pendant plus de cinq ans ; à l'heure actuelle, il est amélioré, mais on avouera que la trépanation ne saurait revendiquer, à si longue échéance, ce bienfait.

OBSERVATION VI.

Georges R..., 24 ans, ouvrier en pianos. entré à Ville-Evrard, le 18 juillet 1899.

Antécédents héréditaires. — Il nous a été matériellement impossible d'en recueillir les détails précis ; ce qu'il y a de certain, c'est que le malade a eu une cousine épileptique, trépanée à la Salpêtrière, dans le service de Charcot, où elle y est du reste morte peu de temps après l'opération.

Antécédents personnels. — Notre sujet a marché très tard, à cinq ans, paraît-il ; nous n'avons pu en saisir la cause, laquelle n'est certainement pas liée au rachitisme ; peut-être a-t-il eu des accès convulsifs dès les premières années ; ajoutons qu'il a uriné au lit jusque vers l'âge de douze ans, et que ces mixtions nocturnes et inconscientes, sont, peut-être, liées à des accès comitiaux ignorés.

D'après les renseignements pris, il ne serait devenu épileptique que vers quatorze ans(?) : au moment où il s'engageait sur un passage à niveau, un train rapide arrive, il échappe au danger miraculeusement, émotion très vive, chute dans la neige, où il serait resté deux heures durant : ce serait là sa première atteinte de haut mal ; à partir de ce moment, ces chutes subites se sont renouvelées, le malade se rappelle très bien s'être mordu la langue, et on lui a raconté qu'il écumait et qu'il urinait sous lui ; en ce temps, pas d'aura ni cri initial.

Il y a quatre ans, les attaques devinrent très fréquentes, le plus souvent hebdomadaires, mais aussi quelquefois quotidiennes.

Dans cet état, il entre à la Salpêtrière, où on le trépane. (*1^{re} trépanation*, 1897) : la rémission fut complète pendant deux mois, au bout desquels les accès revinrent tous les deux jours ; il entre à Lariboisière, où il subit, en un an, trois opérations successives, deux sympathitectomies et une *trépanation* (*2^e trépan.*, mai 1899).

Il est interné à Ville-Evrard, le 18 juillet suivant ; et seulement le 15 septembre, il fait une attaque violente d'épilepsie, voici donc une *rémission* de presque quatre mois : pendant ce temps, le malade se crut guéri, il n'eut, en effet, aucune espèce de manifestation de son mal.

Mais dans la deuxième quinzaine de septembre, il eut six accès ; c'est à cette époque que nous le vîmes pour la première fois. Si les crises convulsives étaient redevenues aussi violentes et aussi fréquentes que par le passé, l'état mental restait certainement amélioré. En effet, avant sa deuxième trépanation, à Lariboisière, le malade avait essayé de se suicider au cours d'un accès de manie aiguë ; il avait présenté un délire de grandeur nettement caractérisé (il se croyait archevêque de Paris) ; de plus sa mémoire était très affaiblie : c'est ainsi qu'il ne put se rappeler l'adresse du domicile paternel, et resta deux jours à errer dans les rues.

Or, en septembre-octobre 1899, la mémoire est certainement assez nette, et les indications qu'il nous a données très précises sur certains points ; il est très calme, et dans l'intervalle de ses crises il se porte en somme très bien ; la parole est lente, difficile, mais l'articulation des mots est complète ; l'écriture satisfaisante ; il a de temps en temps de l'insomnie et des rêves érotiques. La dernière intervention semblait donc avoir apporté quelque bienfait durable ; mais nous réservions notre jugement : cinq mois seulement s'étaient écoulés.

Etat actuel. — Il y a maintenant un an que notre malade a

subi sa seconde trépanation ; son état s'est sensiblement aggravé : les crises sont plus fréquentes, la mémoire très affaiblie, le bégaiement plus accentué ; enfin se sont ajoutés d'autres petits troubles : impossibilité de classer ses souvenirs, écarts énormes dans les dates marquantes de son passé, égarements, secousses convulsives des bras en flexion de tous leurs segments, éblouissements très rapides.

L'examen somatique ne nous a rien révélé d'anormal ; il présente, à cinq centimètres au-dessus de l'oreille gauche, une surface déprimée, souple, soulevée rythmiquement ; c'est l'aire de trépanation ; tangentes à son bord supérieur, se dessinent deux cicatrices curvilignes faites pour délimiter les lambeaux, au cours des deux trépanations sus-indiquées.

Enfin sur les parties latérales du cou, et de chaque côté on voit deux cicatrices délimitant entre elles un angle très aigu à sinus inférieur, toutes deux en arrière, de la saillie du muscle sternocléido-mastoïdien : ce sont les incisions faites pour réséquer les deux sympathiques cervicaux, tant supérieurs qu'inférieurs.

Résumé. — Epileptique pour qui la chirurgie n'a plus de secret : deux trépanations, deux sympathectomies ; rémission après chacune des deux craniectomies, la première de deux mois, la seconde de quatre.

Un an après la fin de cette période opératoire intensive, état stationnaire, troubles divers multipliés, épilepsie aggravée.

OBSERVATION VII

R..., 41 ans, garçon boucher, observé à l'asile de Villejuif.

M. le Dr Féré, médecin de l'hospice de Bicêtre, a longuement observé le malade qui présente un très grand intérêt ; grâce à l'amabilité de ce neurologiste, nous pouvons reproduire ici les renseignements multiples qu'il a recueillis sur ce malade ; l'observation, publiée sous le numéro VI dans le livre de M. Féré (1), s'arrête au 29 mai 1889 ; nous sommes heureux de rappeler l'attention sur ce malade, à un autre point de vue).

Antécédents héréditaires. — Père mort à 63 ans à la suite d'une paralysie qui a duré 3 ans, avec perte de la parole et de l'intelligence. Mère morte phthisique vers l'âge de 35 ans. Une sœur de 28 ans a eu des hémoptisies et des attaques de nerfs avec perte de connaissance, une autre est morte en bas âge. Le père a eu d'un second mariage contracté à 40 ans : un garçon mort à 8 semaines ; une fille qui a douze ans et a eu des convulsions ; un garçon de sept ans qui a eu des convulsions et est très nerveux.

Antécédents personnels. — Il a eu vers 4 ou 5 ans une maladie de longue durée et grave. Etant tout enfant, il était sujet à des migraines suivies de vomissements et qui ont cessé à douze ans. A sept ans, il a eu la première attaque d'épilepsie la nuit, cette attaque fut accompagnée de morsure de langue et de perte de connaissance. Vers 10 ans, il a eu un nouvel accès à l'école sans perdre connaissance. Depuis lors les accès sont devenus plus fréquents ; mais en général, il ne perdait pas connaissance et ne

(1) Les épilepsies et les épileptiques. Féré, Paris 1890.

tombait pas ; il lui suffisait de se tenir au mur pour éviter la chute. Dès lors, les convulsions se produisaient du côté droit ; souvent le côté gauche ne prenait aucune part au spasme, il lui serait arrivé d'avoir un accès en haut d'une échelle et d'éviter la chute en se retenant avec la main gauche.

En 1878, il est entré à Saint-Antoine où à la suite d'une piqûre de morphine (?) il aurait dormi 4 jours. L'année suivante, il passa successivement à l'Hôtel-Dieu, à Beaujon et à la Pitié, présentant toujours des attaques sans perte de connaissance, sans chute, sans miction. Lasègue aurait porté le diagnostic de crises épileptiformes, d'épilepsie jacksonnienne. Cette même année il se serait réveillé deux fois avec des paralysies. La première fois il fut paralysé du côté droit seulement une journée ; la seconde fois la paralysie était générale, avec aphasie, miction et selles involontaires. Cette dernière paralysie dura trois ou quatre semaines et disparut un matin tout à coup. Le malade ne peut dire si ces paralysies sont survenues à la suite d'accès, ses accès de nuit passant en général inaperçus. Il entra en 1880 à Bicêtre où il commença à avoir des accès avec perte de connaissance et chutes peu fréquentes ; ces accès étaient surtout nocturnes et s'accompagnaient de mictions involontaires qui n'existaient pas auparavant. Le malade sentait venir ces accès qui débutaient par un tremblement de la langue, de la lèvre supérieure, de la joue et de la paupière inférieure du côté droit. Le spasme envahissait le bras et la jambe du même côté, puis se généralisait. A la suite de ses accès, il lui arrivait fréquemment de rester très faible du bras droit et de ne pouvoir parler. Du reste, depuis son attaque de paralysie généralisée, sa parole est restée embarrassée, il bredouille et a souvent de la difficulté à retrouver ses mots.

Etat du malade le 29 mai 1889. — La bosse frontale gauche
Paon

che est moins saillante que la droite, c'est probablement en raison de cette circonstance que Lasèque l'a présenté à l'Académie de Médecine en 1877. Les plis du côté droit de la face sont plus marqués en raison de l'état de spasme presque permanent des muscles de ce côté. La voûte palatine est légèrement ogivale. Si on lui fait tirer la langue, il la projette par la commissure droite, et elle est entraînée toute entière de ce côté. Elle est agitée de secousses spasmodiques interrompues par un temps d'arrêt toutes les deux ou trois secondes.

Le malade a beaucoup de peine à porter la pointe de la langue du côté gauche, elle est bientôt entraînée de nouveau vers la commissure droite. Cette déviation spasmodique existerait depuis sa dernière attaque de paralysie. Ce spasme, qui détermine une sorte de bredouillement, augmente quelque temps avant les accès. Il cesse au contraire pour un temps après le paroxysme, temps pendant lequel la parole est plus ou moins abolie, suivant l'intensité de la décharge.

Quand on essaie de le faire siffler, la lèvre inférieure est prise d'un tremblement convulsif prédominant du côté droit et qui rend cet acte complètement impossible. Le malade ne peut pas non plus souffler. L'exagération latérale droite de ce spasme suit l'exagération du spasme de la langue au début des accès. A la suite de plusieurs accès, on a constaté que le spasme disparaît pour un temps plus ou moins long, et que le malade est alors capable d'étaler sa langue. Les accès se produisent toujours conformes à la description précédente, ils se répètent environ vingt fois par mois. Ils sont maintenant toujours accompagnés de mictions involontaires, même lorsque le malade a uriné très récemment ; du reste en dehors des accès, les mictions sont fréquentes, quelquefois au nombre de plus

de vingt par jour. A la suite de chaque accès, le malade crache abondamment.

Taille 1 m. 68; envergure 1 m. 72; asymétrie des mains et des pieds qui présentent une longueur légèrement plus grande à droite; pressions dynamométriques des mains: droite 55, gauche, 51. La sensibilité générale est un peu plus obtuse à droite; on n'a saisi aucune différence pour la sensibilité spéciale. Temps de réaction (les yeux clos) plus long pour la main droite, soit à un contact sur la main 32"3, soit à un sou 34"6, que pour la main gauche (27"4, 30"8).

Telle est l'observation de M. Féré, résumée ainsi: hémispasme permanent de la langue, épilepsie partielle; paralysie postépileptique; aphasie.

Durant trois ans, le traitement médical n'apporta aucune amélioration; cet échec prolongé fit proposer au malade la *trépanation*. Celle-ci fut faite en 1892 par M. Campenon, chirurgien des hôpitaux: résultat opératoire parfait. Puis *rémission totale*, absolue, détente générale de dix-neuf jours: le vingtième, le malade fait une attaque en tout point semblable aux précédentes: le spasme s'est généralisé plus rapidement; ces accès, franchement épileptiques, se succèdent nombreux et toujours nocturnes; puis ces crises avortées, observées auparavant par M. Féré, deviennent très fréquentes. On en compte quotidiennement, six, sept, huit.

Après Bicêtre, notre malade entre à l'asile Ville-Evrard, dans le service de M. Marandon de Montyel; il en sort en novembre 1897, et rentre à l'asile de Villejuif.

Etat actuel. — Un surveillant de l'asile à qui nous demandions de nous conduire près du malade, nous le désigna d'un mot: « celui qui tombe souvent ». Et en effet ce sont les fréquentes chutes qui dominent le tableau symptomatique actuel; le malade

perd rarement connaissance, il ne présente de vraies crises de haut mal que de loin en loin et toujours la nuit, (deux fois par mois en moyenne), mais les vertiges avec chute, en un mot les crises avortées, sont excessivement fréquents : en moyenne trois à cinq dans la journée ; l'assiduité qu'il déploie à un travail quelconque en exagère le nombre d'une façon considérable, car on a pu en compter alors trois et même quatre *par heure* ; au contraire, a-t-il un malaise, une digestion pénible, un mal de tête : les vertiges sont plus espacés. Nous observons encore maintenant les troubles divers qui existaient en 1889, à savoir : hémispasme droit, trémulation de la langue déviée à droite, dysesthésie droite peu marquée : à ces différents points de vue, l'état est stationnaire.

L'examen somatique est de peu d'intérêt : aucune anomalie, aucun trouble pathologique ; notons que l'examen ophtalmoscopique, pratiqué par Monsieur le docteur Dréyer-Dufer, a montré que les papilles sont irrégulières, déchiquetées, à bords flous ; décoloration temporale ; œdème péri-papillaire.

Résumé. — Huit ans après la craniectomie, nous pouvons en apprécier les résultats ; elle n'a apporté aucun bénéfice immédiat, si ce n'est cette rémission de vingt jours ; un mois après l'intervention, l'épilepsie reprenait la même posture, et aujourd'hui l'état du malade est certainement aggravé.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Observation de M. le Dr G. Jacquin, chef de clinique mentale à l'Université de Lyon) (1).

X..., célibataire, 37 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante ans d'une attaque d'apoplexie, après deux ictus qui l'avaient laissé hémiplegique. Mère morte à soixante-quinze ans de phtisie galopante ; deux enfants : a) le malade, b) un frère mort d'albuminurie à soixante-quatorze ans.

Antécédents personnels. — Rien dans la première enfance, pas de convulsions. Pas d'alcoolisme, ni syphilis. Pas d'excès vénériens. Fièvre typhoïde à l'âge de dix-huit ans, à forme grave avec délire, et qui dura quatre mois ; trois mois après apparaissent les premiers phénomènes convulsifs. Au début, les crises étaient courtes, sans cri initial, sans émission d'urine, mais avec chute, morsure de langue, perte de connaissance. La crise était précédée d'une aura que décrit assez bien le malade : il lui semblait avoir quelque chose de lourd sur l'estomac qui remontait au cerveau ; à partir de ce moment il avait la sensation d'un instrument qui tournait rapidement en faisant un bruit analogue à celui d'une horloge qu'on remonte. Ces crises revenaient assez régulièrement une fois tous les mois.

Depuis l'année 1894, les crises sont plus franches, plus fréquentes, nocturnes, sans cri initial, mais perte de connaissance,

(1) *Archives de Neurologie*, Avril 1900.

morsure de la langue, émission involontaire d'urine et quelquefois de matières fécales, écume sanguinolente, phase de convulsions cloniques, ronflement et assoupissement. Aucun souvenir de la crise ; durée de quelques minutes. En 1897, les crises sont plus fréquentes, deux à trois par semaine, et souvent se répètent deux à trois fois par nuit. La mémoire est un peu paresseuse, pas de troubles de la parole ; sommeil bon, pas de cauchemars ; le malade est très impressionnable, tendance à l'hypochondrie. Etat physique : pas d'anomalies.

En octobre 1897, le malade, assis près de sa cheminée, prend une crise et tombe dans le feu fait de cendres chaudes ; un voisin, un certain temps (?) après, l'en retire : brûlure très étendue de la face à gauche, une autre du même côté sur le cuir chevelu, cette dernière profonde, allant jusqu'à l'os ; une plaque de sphacèle se limite et tend à s'éliminer ; pas de température ni de réaction générale ; en juin 1898, élimination d'un séquestre entraîné dans le pansement.

Ce séquestre est très grand : 15 cm. de longueur sur 12 cm. de largeur ; il comprend une majeure partie du frontal et du pariétal gauches, une petite portion des mêmes os droits ; la table externe et une partie du diploë le composent dans la plus grande partie de son étendue ; en deux points limités, il est formé en plus de la table interne. La plaie, couverte de bourgeons charnus, suppure et saigne facilement. Dès ce moment, les crises sont moins fréquentes (une fois par semaine) ; puis elles reprennent peu à peu leur fréquence antérieure.

En novembre (la plaie est complètement cicatrisée et subit des mouvements d'expansion) le malade prend quinze crises.

Le malade a été revu en janvier et en décembre 1899 : il affirme que ses crises sont aussi fréquentes qu'avant l'accident.

En somme, l'accident, véritable trépanation, n'a apporté au malade qu'un repos de peu d'haleine, quoique cette trépanation fut particulièrement étendue ; les crises sont redevenues semblables. Ce fait vient s'ajouter aux observations qui précèdent : c'est pourquoi nous l'avons rapporté ici.



Considérations générales

Nous avons terminé l'exposé des observations que nous avons pu recueillir ; toutes nous ont montré clairement l'inanité de la trépanation dans l'épilepsie ; il est évident que nous ne pouvons conclure à la généralité des faits, mais nous croyons qu'il est intéressant de présenter les considérations suivantes :

Et tout d'abord, doit-on s'étonner de ces échecs, alors qu'on avait montré tant d'enthousiasme et fondé tant d'espoir ? Certainement non. Dans l'ignorance où nous sommes de la genèse intime de l'épilepsie, n'est-il pas vraisemblable d'admettre qu'il y a en elle autre chose qu'un mécanisme, contre laquelle, seulement, la trépanation s'imposerait absolument ; il est évident que l'hypertension intracrânienne est considérable au moment de la crise ; mais en est-elle la cause ou bien l'effet ? Doit-on échafauder, sur le principe de la tension excessive, une thérapeutique agissante, donner du jour à des cerveaux trop comprimés, en un mot trépaner ? Non, du moins pour le moment ; nous n'entrerons pas dans des discussions patho-

géniques, mais qu'il nous soit permis d'avancer que l'épilepsie est plus complexe dans son essence que ne l'ont envisagé certains esprits, qu'elle a pour substratum une offense directe faite au tissu (noble ou conjonctif) du cerveau, que cette offense réside, soit dans une lésion spéciale d'origine toxi-infectieuse ou héréditaire, soit dans un simple trouble fonctionnel des éléments mis en jeu.

Bridé par l'insuffisance de nos connaissances, l'avenir de la craniectomie appliquée à la cure des épileptiques, ne pourra devenir brillant et plein de belles promesses, que lorsque le chirurgien pourra grâce à de nouvelles données très précises, grâce à une science parfaite de ce complexus cérébral, faire suivre cette opération d'une céphalectomie partielle ; sciemment, à coup sûr, il portera le bistouri sur la lésion mère, et énucléra, pour ainsi dire, la région épileptogène ; la trépanation ne sera que le premier temps d'une opération plus délicate, ce sera une « laparotomie » qui donnera du jour, et la liberté d'exploration ou d'exérèse.

Malheureusement, il reste bien des pas à faire avant d'arriver à cet idéal ; nous serons, pour le moment, très parcimonieux de trépanation antiépileptique, la réservant aux cas où le traitement médical échoue complètement, aux cas où la main est forcée par l'état précaire du malade, sachant bien qu'on ne doit fonder sur l'intervention aucune espérance sérieuse. C'est ainsi que Monsieur le Docteur Mirallié nous expose la situation dans un cas fort intéressant (Obs. I) : « Cet homme a des crises fréquentes, au moins toutes les semaines, il est dans l'impossibilité abso-

lue de gagner sa vie et réclame qu'on le débarrasse à tout prix de ses crises. D'autre part, le traitement médical essayé sous toutes ses formes s'est montré complètement impuissant. Nous n'avons pas le droit de priver notre malade de la seule chance qui lui reste, l'intervention, quelque faible que puisse être cette chance. Nous ferons donc opérer le malade, mais nous n'oublierons pas le conseil que Allen Starr tire de sa grande expérience. Nous exposerons la situation au malade, nous lui montrerons l'inanité du traitement interne; nous lui dirons que l'intervention est seule capable de l'améliorer, et nous avouerons sincèrement l'aléa de cette thérapeutique »



Conclusions

C'est en ces termes que nous nous résumerons :

1° La trépanation, en tant qu'opposée à l'épilepsie, a déçu l'espérance que l'on fondait sur elle.

2° Elle donne aux malades un soulagement qui n'est que passager ; elle ne procure pas de bienfait durable.

3° La chirurgie cérébrale est appelée à un grand avenir ; mais son succès ne peut être que secondaire à la connaissance exacte de la physiologie de l'écorce.

Vu : Le Président de la Thèse,

PAUL BERGER

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Bibliographie

Bourneville. — Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Angers 1899.

Clay Shaw, Batty Tuke. — The surgical treatment of intracranial pressure. In British méd. journ., 4 janvier 1890.

Dumas. — Thèse Paris, 1889.

Dide. — Revue de médecine, février 1890.

Ch. Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, Paris 1890.

Guéniot. — Compte-rendu de l'Académie des Sciences, 1890.

Jacquin. — Archives de Neurologie, mars 1900.

Kocher. 28^e Congrès allemand de chirurgie.

Lannelongue. — Nouv. Icon. de la Salpêtrière, 1891, IV.

— Compte-rendu de l'Académie des sciences, 1890.

Lucas-Championnière. — Bulletin soc. chirurg., juin 1888 et juin 1891.

— Congrès de Moscou, 1897.

Lavista (de Mexico). — Congrès de Moscou, 1897.

Mirallié. — Archives de Neurologie, avril 1900.

Péchaudre. — Thèse de Lyon, 1888.

Piqué. — Bulletin soc. chirurgic., avril 1899.

Prof. Raymond. — Cliniques des maladies nerveuses, 1894 et 1895.

Relly. — Thèse de Paris, 1898.

Tacquet. — Thèse de Paris, 1892.

Thouvenet. — Thèse de Paris, 1896.

Von Bergmann. — Soc. de médecine berlinoise, juin 1899.

Weill. — Thèse de Paris, 1898.

Winkler. — Congrès international de Neurologie, Bruxelles,
1897.

